

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MARIE-ÈVE DROLET

GESTION DE LA FATIGUE ASSOCIÉE AU CANCER DU SEIN :  
ÉTAT DE LA QUESTION ET RECOMMANDATIONS

NOVEMBRE 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.P.S.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

GESTION DE LA FATIGUE ASSOCIÉE AU CANCER DU SEIN :  
ÉTAT DE LA QUESTION ET RECOMMANDATIONS

PAR  
MARIE-ÈVE DROLET

Marie-Claude Blais,  
Directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Frédéric Langlois,  
Évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Lise Fillion,  
Évaluatrice externe

Université Laval

Ce document est rédigé sous forme d'article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Cet article a été rédigé afin d'être soumis à la revue *Psycho-Oncologie*, dont les recommandations aux auteurs sont présentées en Appendice A.

## Sommaire

Le cancer du sein touche environ 40 % des femmes souffrant d'un cancer au Canada [21,46]. Après plusieurs mois ou années suivant la fin des traitements anticancéreux, de 20 % à 40 % des femmes sont aux prises avec une fatigue secondaire à leur traitement [2,4,9,35,50]. Cette fatigue affecte grandement la reprise de leurs activités quotidiennes [43,44] et leur qualité de vie [2,32,35]. Le présent article comporte deux objectifs : 1) dresser un portrait des connaissances actuelles concernant les interventions existantes pour gérer la fatigue qui persiste après le traitement du cancer du sein et 2) émettre des recommandations pour l'élaboration d'une intervention novatrice visant à mieux composer avec la fatigue secondaire au traitement du cancer du sein. Afin d'atteindre ces objectifs, une recension de la littérature de 1995 à 2009 a été effectuée dans les bases de données PsycInfo, Current Contents et Medline. Il en ressort que la fatigue secondaire au traitement est reliée à des facteurs physiques dont un faible niveau d'activité physique, la présence de douleur ainsi que des difficultés de sommeil. Cette fatigue est également associée à des facteurs psychologiques, tels que des symptômes anxieux et dépressifs, l'utilisation de stratégies d'adaptation passives et la catastrophisation concernant la fatigue. De surcroît, la fatigue post-traitement a des conséquences néfastes pour le fonctionnement quotidien, domestique et professionnel des femmes. Le présent article expose les rares recherches ayant une composante psychosociale pour gérer la fatigue chez les survivantes du cancer du sein à la période post-traitement. Au terme de cette recension, il est possible de conclure qu'une intervention psychosociale de groupe basée sur l'approche cognitivo-comportementale

devrait être privilégiée. Cette intervention devrait inclure plusieurs éléments dont la normalisation de la présence de la fatigue, le développement de stratégies d'adaptation actives ainsi que des éléments de gestion de la fatigue, du sommeil et des émotions. Des capsules psychoéducatives pourraient être présentées aux participantes entre les rencontres de groupe sur support vidéo. Finalement, l'intervention offerte ne devrait pas uniquement s'adresser aux survivantes mais également aux professionnels de la santé.

## Table des matières

Sommaire .....	iv
Remerciements .....	viii
Résumé .....	ix
Gestion de la fatigue associée au cancer du sein : état de la question et recommandations....	1
Méthode.....	2
Fatigue associée au cancer .....	3
Définition.....	3
Prévalence .....	4
Prévalence de la fatigue durant le traitement .....	4
Prévalence de la fatigue secondaire au traitement .....	5
La fatigue se module-t-elle en fonction du traitement reçu ? .....	7
Conditions associées à la fatigue .....	9
Conditions physiques. ....	9
Conditions psychologiques .....	10
Conséquences de la fatigue.....	12
Fonctionnement quotidien et domestique .....	12
Fonctionnement professionnel .....	13
Interventions existantes pour gérer la fatigue secondaire .....	14
Discussion .....	26
Synthèse.....	26

Recommandations pour les interventions futures.....	27
Les composantes à y inclure.....	28
Les modalités d'intervention .....	30
Limites et pistes de recherche .....	33
Conclusion .....	34
Références .....	36
Tableau 1. Critères de la fatigue associée au cancer proposés pour l'ICD-10 .....	43
Tableau 2. Principaux résultats des études mesurant la fatigue après une intervention à composante psychosociale en post-traitement au cancer du sein .....	44
Appendice A. Recommandations aux auteurs, Revue Psycho-Oncologie .....	46



## **Remerciements**

Je désire remercier chaleureusement ma directrice de recherche, Madame Marie-Claude Blais Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour l'extraordinaire soutien qu'elle a su m'offrir non seulement tout au long de la rédaction de cet essai, mais également tout au long de mon parcours scolaire au doctorat en psychologie. Madame Blais, a su me guider avec rigueur et professionnalisme tout en faisant preuve d'une immense gentillesse et d'une générosité exemplaire.

## **Résumé**

Le présent article présente la problématique de la fatigue associée au cancer, les conditions qui lui sont associées ainsi que ses conséquences. Par la suite, l'article fait état des interventions existantes pour gérer la fatigue secondaire en s'attardant spécifiquement aux interventions ayant une composante psychosociale pour gérer la fatigue secondaire au traitement du cancer du sein. À la lumière de ces données, des recommandations pour le développement d'une intervention psychosociale pour gérer cette fatigue sont présentées.

**Mots clés :** cancer du sein, fatigue, intervention, psychosociale, post-traitement

## **Abstract**

This article presents the problematic of cancer-related fatigue, conditions associated with it and the consequences of this fatigue. Subsequently, the article reports available interventions to manage fatigue secondary to treatment, focusing specifically on interventions with a psychosocial component to manage fatigue secondary to treatment of breast cancer. By the light of these data, some recommendations for the development of a psychosocial intervention to manage fatigue are presented.

**Keywords :** breast cancer, fatigue, cancer-related fatigue, psychosocial, intervention

## **Gestion de la fatigue associée au cancer du sein : état de la question et recommandations**

Parmi les différents types de cancer répertoriés au Canada, le cancer du sein est le plus prévalent chez les femmes. En effet, tous âges confondus, il touche près de 40 % des femmes souffrant d'un cancer et ce pourcentage atteint 46 % chez les femmes de 40 ans à 59 ans [21,46]. La fatigue est un symptôme très couramment rapporté par les patientes atteintes du cancer du sein pendant et après les traitements anti-cancéreux [3,24,45]. Même après plusieurs mois ou années suivant la fin des traitements, la fatigue est rapportée par environ le tiers des survivantes [9,35,44,45]. Il s'agit d'une problématique centrale, notamment parce qu'elle compromet la qualité de vie des survivantes qui en souffrent [2,32,35] et complique le retour aux activités de la vie quotidienne [43,44].

Le présent article comporte deux objectifs : 1) dresser un portrait des connaissances actuelles concernant les interventions existantes pour gérer la fatigue qui persiste après le traitement du cancer du sein et 2) émettre des recommandations pour l'élaboration d'une intervention novatrice visant à mieux composer avec la fatigue secondaire au traitement du cancer du sein. Cet article présente d'abord la problématique de la fatigue secondaire au traitement et les facteurs qui lui sont associés. Par la suite, l'auteur dressera un portrait des interventions existantes pour gérer cette fatigue. À la lumière de ces données, la discussion critique mènera vers des recommandations pour le développement d'une intervention. Ces recommandations incluront les composantes et

les modalités d'une intervention psychosociale qui visera à mieux composer avec la fatigue et qui pourra être mise en place dans le système de santé publique.

### **Méthode**

Afin de dresser un portrait des connaissances actuelles concernant les interventions existantes pour gérer la fatigue secondaire au traitement du cancer du sein chez les femmes atteintes, une recension des écrits sur le sujet a été réalisée. Les bases de données PsycInfo, Current Contents et Medline ont été utilisées pour repérer la grande majorité des articles analysés. Les principaux mots clés employés pour la recherche étaient : *breast cancer* ou *breast neoplasm*, *fatigue* ou *chronic fatigue syndrome* ou *cancer-related fatigue*, *treatment* ou *intervention* et *woman* ou *women*. Cette recherche a permis de repérer 399 articles. Plusieurs articles ou documents inclus dans la liste de références des articles recensés ainsi que certains documents Internet ont également été consultés. Parmi l'ensemble des articles recensés, neuf étaient des articles empiriques mesurant la fatigue à titre de variable principale ou secondaire suite à une intervention détenant une composante psychosociale, à la période post-traitement d'un cancer du sein. L'information contenue dans ces neuf articles a permis de documenter la section portant sur les interventions existantes pour gérer la fatigue alors que les autres articles ont été utilisés pour documenter les autres sections du présent article.

C'est à partir du milieu des années quatre-vingt-dix que le nombre d'études portant sur la relation entre la fatigue et le cancer a considérablement augmenté [45]. Malgré que l'interaction entre le cancer et la fatigue ait soulevé un intérêt grandissant à cette période, les études portant directement sur les interventions pour diminuer la

fatigue après le traitement pour un cancer du sein sont plus récentes et demeurent actuellement peu nombreuses. Ainsi, la présente recension inclut des articles datant de 1995 à 2009.

### **La fatigue associée au cancer**

**Définition.** La fatigue associée au cancer est généralement définie comme un phénomène subjectif et multidimensionnel. Selon Bower et ses collaborateurs [8], la fatigue est une condition multidimensionnelle qui implique des sentiments subjectifs de faiblesse et/ou de manque d'énergie. Des facteurs comme l'activité physique ou mentale, les conditions médicales et les facteurs psychologiques peuvent contribuer à cette fatigue [9]. Serveas et ses collègues [45] mentionnent que la fatigue s'exprime sur les plans physique (p. ex. faiblesse), émotif (p. ex. diminution de l'intérêt) et cognitif (p. ex. diminution de la concentration). À ces trois dimensions, plusieurs auteurs (p. ex., [3,5,24]) ajoutent la dimension comportementale (p. ex. diminution du niveau d'activité). Ainsi, les facteurs physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux seraient à la fois des dimensions qui constituent la fatigue tout en étant également des modes d'expression de celle-ci.

Les facteurs associés à la fatigue dans le contexte du cancer sont nombreux et leurs interrelations sont complexes. Afin d'intégrer de façon cohérente ces nombreux facteurs, un groupe d'auteurs [24,26] a utilisé la théorie du processus de stress de Herbert et Cohen [29]. Ce modèle suggère que le cancer du sein et les traitements anticancéreux correspondent à un stressor complexe. Ce stressor fera l'objet d'une évaluation cognitive par l'individu. Cette évaluation risque fort d'impliquer chez la

personne atteinte la perception d'une demande élevée, dépassant ses ressources pour y faire face. En conséquence, cette perception risque d'amener un niveau de stress élevé. Les réactions de stress génèrent des réponses émotionnelles, biologiques et comportementales qui sont susceptibles d'induire de la fatigue chez les femmes atteintes.

La fatigue permet aux gens en bonne santé de vivre une régulation entre les périodes d'activité et de repos. Toutefois, chez les personnes atteintes d'un cancer, la fatigue devient parfois un symptôme chronique et affligeant qui limite les activités quotidiennes [45] et qui ne se résorbe pas grâce à une quantité suffisante de sommeil ou de repos [13]. Les membres de la *Fatigue Coalition*, [14] ont suggéré des critères pour le diagnostic de la fatigue associée au cancer (voir Tableau 1).

---

Insérer Tableau 1

---

**Prévalence.** Tenter d'établir la prévalence de la fatigue, qu'elle soit vécue durant ou après le traitement, pose des défis méthodologiques importants. À partir de quels critères considère-t-on une personne fatiguée? Doit-on mesurer à la fois la présence et l'intensité de la fatigue? À l'aide de quels instruments? Les critères et les instruments utilisés afin de mesurer la fatigue diffèrent d'un groupe de chercheurs à l'autre, ce qui résulte en une absence de consensus quant à la prévalence de la fatigue chez la population atteinte de cancer.

***Prévalence de la fatigue durant le traitement.*** La fatigue est un symptôme très couramment rapporté par les patients recevant leur traitement pour un cancer [3]. La

recension souvent citée de Serveas et ses collaborateurs [45] porte sur 22 études qui s'attardent à la fatigue durant le traitement contre plusieurs types de cancer. Sept des recherches recensées tentaient de situer la prévalence de cette fatigue. Ces études ont permis d'établir un intervalle qui s'étend de 25 % à 75 % pour une fatigue considérée comme sévère, clinique, invalidante ou causant de la détresse, selon les études. Toutefois, dans quatre études utilisant la tenue d'un journal ou d'une échelle visuelle analogue et mesurant la présence de fatigue à un certain moment du traitement, la fatigue était présente chez 89 % à 99 % des patients [45]. Ainsi, en considérant la présence de la fatigue sans nécessairement en évaluer la sévérité, la prévalence augmente considérablement. Parmi les 22 études recensées, six comparent les patients à un groupe contrôle de personnes en santé. Dans ces études, les patients atteints de cancer rapportent vivre de la fatigue de façon plus fréquente et plus sévère que les gens en santé [45].

***Prévalence de la fatigue secondaire au traitement.*** À la période post-traitement, un grand nombre de survivants désignent la fatigue comme le symptôme le plus fréquent et le plus affligeant [16]. L'étude de Bower et ses collègues [9] portant sur 1957 survivantes d'un cancer du sein suggère que la fatigue est présente chez 35 % des survivantes, et ce, de un à cinq ans après le diagnostic. Toutefois, dans cette étude, la fatigue ne semble pas nécessairement beaucoup plus sévère chez les survivantes que dans la population générale. Lors de la poursuite de leur étude, auprès de 763 femmes qui faisaient partie du premier échantillon, Bower et son équipe [8] estiment la prévalence de la fatigue à 34 % chez les survivantes, 5 à 10 ans après leur diagnostic.

Également, à l'aide de données longitudinales, ces auteurs estiment à 21 le pourcentage de femmes qui vivent une fatigue persistante d'un temps de mesure à l'autre.

Une recension récente de Minton et Stone [36], portant sur la fatigue post-traitement chez les survivantes du cancer du sein, répertoriait des études qui utilisaient une mesure de la fatigue comportant plusieurs items ainsi qu'un groupe de comparaison. Dans 14 des 18 études recensées, il y avait présence de fatigue post-traitement et/ou d'une différence avec le groupe contrôle. Ces résultats suggèrent que la fatigue n'est pas uniquement présente durant le traitement, mais qu'elle peut être présente jusqu'à cinq ans après la fin de celui-ci. La fatigue se manifeste chez jusqu'à 50 % des femmes dans certaines études recensées [36]. Les données d'autres études ciblent également la fatigue comme étant un phénomène hautement prévalent chez les survivantes du cancer du sein (p. ex., 41 % [35]; 24 % [43]). Plus spécifiquement, trois études ont évalué la fatigue chez les survivantes du cancer du sein en tenant compte d'une partie ou de la totalité des critères suggérés par Cella et ses collaborateurs [14]. Ces études montrent respectivement des taux de prévalence de 30 %, 26 % et 19 % [2,4,50].

Il est important de tenir compte que certaines études recensées ci-haut situent la mesure de la fatigue parfois en fonction du temps écoulé depuis le diagnostic et parfois en fonction du temps écoulé depuis le traitement. Étant donné que le moment de l'évaluation de la fatigue diffère d'une étude à l'autre, la comparaison des résultats obtenus demeure ardue. Également, la fatigue que ressentent les femmes avant leur diagnostic demeure inconnue des chercheurs. Toutefois, à la lumière de l'ensemble des résultats présentés, il semble possible de conclure que le taux de prévalence de la fatigue



secondaire au traitement du cancer du sein se situe entre 20 % et 40 % selon la mesure utilisée, les critères pris en compte pour l'évaluation et le temps écoulé depuis le traitement. Il s'agit donc d'une condition importante dont il faut se préoccuper, car elle affecte de nombreuses femmes et tend à perdurer dans le temps.

**La fatigue se module-t-elle en fonction du traitement reçu ?** Les résultats de nombreuses études suggèrent que la fatigue post-traitement ne diffère pas selon le type de traitement reçu par les femmes atteintes du cancer du sein [3,26,32,35,43,44,45]. Parmi ces études, certaines portent sur des échantillons de petite taille pour chacune des modalités de traitement. Les résultats de Bower et de ses collaborateurs [9], quant à eux, montrent que le type de traitement ne serait pas un prédicteur significatif de la fatigue chez cet échantillon. Dans cette étude, la proportion de femmes ayant été traitées avec de la chimiothérapie est plus importante chez les femmes fatiguées que chez celles n'étant pas fatiguées, mais les résultats n'indiquent qu'une faible association entre le type de traitement et la fatigue [9]. La recension d'écrits de Jacobsen et Donovan [30] suggère, quant à elle, que les femmes ayant reçu de la chimiothérapie seraient plus à risque de vivre une plus grande intensité de fatigue post-traitement que celles traitées localement avec de la chirurgie ou de la radiothérapie.

En ce qui a trait au nombre de traitements reçus, il semble, selon l'étude de Hann et de ses collègues [27], que la dose totale de radiation et le nombre de traitements de radiothérapie reçus n'étaient pas significativement reliés à la fatigue. Par ailleurs, l'addition d'un traitement de radiothérapie à celui d'une chimiothérapie ne serait pas significativement reliée à l'intensité de la fatigue [10]. Ces résultats vont à l'encontre de

ceux de Young et White [50] et de Winters-Stone, Bennett, Nail et Schwartz [49] qui suggèrent que le niveau de fatigue augmente avec le nombre de modalités de traitement reçu. À l'instar de ces derniers auteurs, Bower et ses collègues [8] démontrent que, de 5 à 10 ans après le traitement, les femmes ayant reçu à la fois de la radiothérapie et de la chimiothérapie vivraient davantage de fatigue comparativement à celles ayant reçu strictement l'un ou l'autre de ces traitements.

Par ailleurs, les résultats de plusieurs études suggèrent qu'il n'y aurait pas de lien entre le temps écoulé depuis la fin du traitement et la fatigue [10,26,43,44,50]. Notons que certaines de ces études sont réalisées auprès d'échantillons restreints et évaluent la fatigue après une courte période de temps après le traitement, ce qui laisse peu de place à la récupération post-traitement. De la même façon, il n'y aurait pas de relation entre la fatigue et le temps écoulé depuis le diagnostic [9,10,35]. Bower et ses collaborateurs [9] précisent toutefois que le type de traitement pourrait jouer un rôle durant la première année après le diagnostic. Après un an, les différences entre les traitements ne sont plus significatives [9]. Ces résultats abondent dans le sens de ceux de Winters-Stone et ses collègues [49] qui considèrent que les femmes sont plus fatiguées peu après leur diagnostic.

Le phénomène de la fatigue secondaire aux traitements anti-cancéreux est complexe. Malgré que la nature du lien entre la fatigue persistante et le type de traitement reçu ne fasse pas l'unanimité dans la littérature, il semble que l'administration de chimiothérapie et l'augmentation des modalités de traitement tendent à faire augmenter le degré de fatigue secondaire. Le lien unissant ces variables ne semble pas

assez fort toutefois pour considérer le type de traitement comme un prédicteur significatif du niveau de fatigue ressentie par les survivantes. En dépit du fait que ni le temps écoulé depuis le traitement ni le diagnostic ne semblent influencer fortement le niveau de fatigue, la précision apportée par les dernières études recensées met en lumière l'importance de s'attarder à la problématique de la fatigue secondaire au traitement le plus rapidement possible après la fin de celui-ci étant donné que la fatigue y est très présente.

**Conditions associées à la fatigue.** La fatigue rapportée par les survivantes du cancer du sein est corrélée avec des conditions physiques et psychologiques vécues par les survivantes. Il est toutefois difficile de déterminer la direction de la relation entre ces diverses conditions et la fatigue. En effet, très peu d'études longitudinales ont été effectuées sur le sujet. Les chercheurs se sont principalement attardés à confirmer la présence des relations sans toutefois investiguer le sens de celles-ci.

**Conditions physiques.** De nombreuses conditions physiques, dont le niveau d'activité physique, la douleur et le sommeil, sont associées à la fatigue post-traitement chez les survivantes du cancer du sein. Tout comme pour la fatigue durant le traitement [45], il semble y avoir une relation inverse entre l'intensité de fatigue post-traitement et le niveau d'activité physique [35,44,49]. Également, la fatigue est significativement plus élevée chez les femmes qui font moins d'activité physique suite à leur diagnostic de cancer du sein [35]. Sans pouvoir statuer sur la direction de la relation, il semble que des associations négatives entre la forme physique et la fatigue ainsi qu'entre l'activité physique et la fatigue soient également présentes chez les survivantes âgées de 60 ans et

plus [49]. Toutefois, Alexander et al. [2] ne considèrent pas que les survivantes les plus fatiguées soient nécessairement les moins actives. Pour eux, le déconditionnement physique n'expliquerait donc pas la fatigue post-traitement.

Quant à eux, Young et White [50] considèrent que ce ne serait pas le niveau d'activité physique qui serait associé à la fatigue secondaire mais plutôt la croyance négative à propos de l'activité. Ainsi, les femmes qui croient qu'elles seront fatiguées si elles s'activent auraient plus de risque d'être fatiguées que celles qui s'activent réellement.

Les données concernant la douleur et le sommeil sont plus cohérentes que celles concernant l'activité physique. En effet, la douleur est un facteur physique qui est généralement associé à la fatigue à la période post-traitement [9,32,35,45]. Aussi, plusieurs chercheurs semblent s'entendre sur le lien entre les difficultés de sommeil et la sévérité de la fatigue chez les survivantes [9,44,45]. Il est utile de noter à ce sujet que selon Savard et ses collaborateurs [39], 51 % des femmes traitées pour un cancer du sein auraient des problèmes de sommeil et 19 % répondraient aux critères diagnostiques de l'insomnie.

***Conditions psychologiques.*** La fatigue ressentie par les survivantes du cancer du sein est non seulement associée à des malaises physiques, mais également à de la détresse émotionnelle [26,50]. L'association entre la fatigue et la dépression est très complexe; la fatigue peut être un symptôme de la dépression, mais elle peut également la précipiter et, dans certains cas, la fatigue et la dépression partagent une étiologie commune [9,35]. Les symptômes dépressifs sont associés à la fatigue secondaire

[2,8,9,10,44,50], et ce, même lorsque les items portant sur la fatigue sont exclus des questionnaires mesurant la dépression [9,44]. La présence de symptômes dépressifs serait un prédicteur significatif de la fatigue à la fois de 1 à 5 ans et de 5 à 10 ans après le diagnostic du cancer du sein [8,9]. Il n'y a toutefois pas de consensus dans la littérature à savoir si un trouble psychiatrique précédant le cancer du sein prédisposerait à vivre davantage de fatigue post-traitement. Par exemple, Broeckel et ses collaborateurs [10] considèrent que le fait d'avoir un trouble psychiatrique avant le diagnostic de cancer ne permet pas de prédire une fatigue plus sévère après le traitement de chimiothérapie tandis que les résultats d'Andrykowski et son équipe [4] suggèrent que les patientes qui ressentent de la fatigue ont plus souvent tendance à avoir vécu un épisode de dépression majeure antérieurement à l'épisode de cancer.

La fatigue est également associée à des symptômes d'anxiété [2,10,43,44,50]. Une des préoccupations anxieuses récemment étudiée par certains chercheurs est la peur de la récurrence. Celle-ci serait d'ailleurs associée à la sévérité de la fatigue [8,50]. De plus, la fatigue serait associée à l'utilisation de stratégies d'adaptation passives plutôt qu'actives [26]. Les stratégies d'adaptation passives réfèrent à des comportements tels que l'évitement, l'isolement, la diminution des activités ou encore l'augmentation des heures de repos ou de sommeil. Les stratégies d'adaptation actives, quant à elles, réfèrent au fait de poser des actions concrètes pour gérer la maladie ou encore à l'engagement dans des activités non reliées à celle-ci (comme la recherche d'information ou les activités sociales) [22,23,24,26]. Finalement, la fatigue est également associée à

la tendance à la catastrophisation, c'est-à-dire à la tendance à entretenir des pensées négatives à propos de soi et du futur concernant la fatigue [4,10].

**Conséquences de la fatigue.** La fatigue vécue par les survivants du cancer a des conséquences importantes sur plusieurs sphères de leur vie, dont le fonctionnement quotidien, domestique et professionnel. Ceci est d'autant plus vrai en ce qui concerne les nombreuses survivantes du cancer du sein chez qui le cancer est survenu lorsqu'elles avaient entre 40 et 59 ans [21] les laissant avec des responsabilités majeures à assumer sur les plans familial, social ou encore professionnel.

**Fonctionnement quotidien et domestique.** Dans une étude menée auprès de 301 patients ayant reçu de la chimiothérapie et qui rapportaient avoir vécu de la fatigue durant cette période [16], 91 % d'entre eux considéraient que leur fatigue les empêchait de vivre une vie « normale ». Également, 88 % considéraient que leur routine quotidienne était altérée par la fatigue. Plusieurs activités de la vie quotidienne et domestique étaient considérées comme plus difficiles pour les patients lorsqu'ils ressentaient de la fatigue (par exemple : assumer les tâches ménagères, s'occuper de la famille, préparer les repas, etc.).

En ce qui concerne plus spécifiquement les survivantes du cancer du sein, celles fatiguées sévèrement rapportent plus de détérioration de leur fonctionnement quotidien que les survivantes non sévèrement fatiguées [43,44]. Également, ces deux groupes rapportent une détérioration plus marquée de leur fonctionnement quotidien que les femmes sans historique de cancer [44]. Toutefois, il n'y aurait pas de différence entre les femmes ayant complété leur traitement de chimiothérapie pour le cancer du sein et

les femmes sans historique de cancer en ce qui concerne le niveau d'activité général et l'habileté à se laver et à s'habiller [10]. Malgré que les activités quotidiennes et domestiques semblent plus affectées durant le traitement qu'après celui-ci, la fatigue post-traitement est toutefois associée à une détérioration du fonctionnement quotidien et domestique chez un grand nombre de femmes à la période suivant la fin des traitements.

***Fonctionnement professionnel.*** Le travail est une sphère de vie qui est particulièrement affectée par la fatigue persistante après un traitement pour le cancer du sein. La fatigue physique pourrait même être considérée comme le facteur principal rendant compte des limitations au travail chez les survivantes [28].

Comparativement à un échantillon de femmes en santé, celles ayant reçu de la chimiothérapie rapportent davantage que la fatigue interfère avec leur habileté à travailler et à se concentrer [10]. Toujours comparativement à un groupe de femmes sans historique de cancer, les survivantes du cancer du sein rapportent plus de limitations au travail et davantage d'absences [28], ces dernières travaillent moins d'heures par jour [44]. Finalement, la fatigue serait plus élevée chez les survivantes ayant un faible revenu [8,32,35].

En somme, les conditions associées à la fatigue et la fatigue en elle-même ont des impacts négatifs importants sur le bien-être psychologique, physique et le fonctionnement dans plusieurs sphères de vie des survivantes du cancer du sein. En effet, la fatigue rapportée par les survivantes est associée à une mauvaise qualité de vie [2,32,35]. Tandis que certains types de traitement reçu semblent contribuer à précipiter la fatigue associée au cancer du sein, plusieurs conditions semblent contribuer au

maintien de cette fatigue. Le manque de sommeil et d'exercice physique ainsi que la présence de douleur, de symptômes dépressifs, de symptômes anxieux, de catastrophisation concernant la fatigue et de stratégies d'adaptation passives pourraient contribuer à maintenir la fatigue. Inversement, la fatigue semble également contribuer à maintenir ces conditions. Bien qu'il semble difficile, à la lumière des données disponibles, de statuer de façon définitive sur les facteurs prédisposants et précipitants de cette fatigue, il est tout de même primordial d'élaborer et d'évaluer des interventions qui permettraient de diminuer les conditions qui maintiennent cette fatigue après le traitement chez tant de femmes.

### **Interventions existantes pour gérer la fatigue secondaire**

Afin d'être en mesure d'émettre des recommandations pour l'élaboration d'une intervention novatrice visant à mieux composer avec la fatigue secondaire au traitement du cancer du sein, il est nécessaire de s'attarder à ce qui a déjà été étudié. Certaines études récentes ont évalué l'efficacité d'interventions non pharmacologiques pour gérer la fatigue auprès des gens atteints de cancer. Toutefois, peu d'entre elles prennent place à la période post-traitement.

Il est généralement admis que l'exercice physique constitue un type d'intervention efficace pour gérer la fatigue reliée au cancer [6,42,48,]. Toutefois, bien que l'efficacité des interventions impliquant l'activité physique s'observe dans le cadre de plusieurs recensions des écrits, les résultats de certaines méta-analyses sur le sujet fournissent des tailles d'effet modestes ou encore non significatives [15,17,31,41]. Ainsi, les analyses quantitatives plutôt que qualitatives ne démontrent pas toujours



l'efficacité des interventions impliquant l'activité physique pour gérer la fatigue. Puisque la fatigue comporte plusieurs dimensions (physique, émotionnelle, cognitive et comportementale), il est donc possible que les interventions faisant appel à l'activité physique qui adressent uniquement la dimension physique ne seraient pas toujours suffisantes afin de gérer le phénomène complexe et multidimensionnel qu'est la fatigue.

Dans ce sens, une récente méta-analyse s'attarde aux interventions non pharmacologiques visant la gestion de la fatigue associée au cancer [31]. Ces interventions sont divisées en deux catégories, les interventions psychologiques et les interventions impliquant de l'exercice physique. Les auteurs ont recensé 41 études dont 17 évaluent des interventions impliquant de l'exercice physique (dont une combinant de l'activité physique et des interventions psychologiques) et 24 évaluent des interventions psychologiques. Dix études sur 17 (interventions physiques) et 10 études sur 24 (interventions psychologiques), regroupaient des femmes atteintes strictement de cancer du sein.

Les interventions axées sur l'exercice physique constituent soit des programmes d'entraînement supervisés par des professionnels soit des programmes non supervisés effectués à la maison. Près de la moitié des interventions psychologiques étudiées sont des thérapies de type cognitivo-comportemental. D'autres types d'interventions psychologiques sont évalués, dont des programmes d'éducation et des thérapies de soutien. Au total, 10 interventions psychologiques se déroulaient en groupe [31].

Les résultats de Jacobsen et ses collègues [31] montrent que la proportion des interventions basées sur l'activité physique qui diminuaient significativement la fatigue

ou encore augmentaient significativement la vitalité ou la vigueur comparativement au groupe contrôle était plus grande chez les femmes ayant strictement un cancer du sein que chez les patients atteints d'un ou de plusieurs autres types de cancer. En effet, 50 % des études portant uniquement sur les femmes atteintes d'un cancer du sein obtenaient des résultats significatifs comparativement à 29 % des études portant sur les patients atteints d'autres types de cancer.

Inversement, la proportion des interventions psychologiques qui aidaient significativement à diminuer la fatigue ou encore à augmenter significativement la vitalité ou la vigueur comparativement au groupe contrôle était plus faible chez les femmes atteintes strictement de cancer du sein qu'auprès des patients atteints d'un ou de plusieurs autres types de cancer. Alors que 54 % des études portant sur les autres types de cancer montraient des résultats significatifs, ils étaient significatifs dans seulement 18 % des études auprès des patientes atteintes uniquement de cancer du sein [31]. C'est donc dire qu'à première vue, les interventions basées sur l'activité physique semblaient plus efficaces que les interventions psychologiques pour diminuer la fatigue chez les femmes atteintes uniquement de cancer du sein.

Par ailleurs, Jacobsen et son équipe [31] ont comparé les études selon leurs qualités méthodologiques. Les études recensées portant sur les interventions basées sur l'activité physique sont considérées, dans l'ensemble, comme ayant de meilleures qualités méthodologiques que celles évaluant des interventions psychologiques. Les résultats de l'étude de Jacobsen et ses collaborateurs [31] démontrent également que très peu des études rapportées dans la littérature qui s'attardent à la fatigue liée au

cancer ont lieu après les traitements. En effet, moins de 15 % des études recensées par Jacobsen et son équipe avaient lieu à la période post-traitement. Ceci était également le cas dans la recension de Serveas et ses collègues [45], où une seule des 12 études recensées avait lieu en période post-traitement. Ces données mettent en évidence la nécessité de poursuivre les efforts de développement d'interventions psychologiques en période post-traitement pour aider les survivantes d'un cancer du sein à gérer la fatigue et d'effectuer des études ayant de bonnes qualités méthodologiques afin d'en évaluer l'efficacité.

Les interventions ayant lieu après la période des traitements sont particulièrement intéressantes car, à ce moment de la trajectoire de soins, les femmes atteintes sont moins sollicitées par toutes les composantes médicales de leur traitement. Celles-ci seraient possiblement plus disponibles pour participer à des interventions visant à les aider à gérer leur fatigue. Également, il semble que les femmes atteintes aient besoin d'information et de soutien durant cette période [12]. La fatigue vécue à la période post-traitement serait d'ailleurs en décalage avec leurs attentes. En effet, plusieurs femmes vivaient avec ce symptôme plus intensivement et plus longtemps qu'elles ne l'auraient cru [12]. Il est donc primordial de s'attarder à ce symptôme non seulement durant le traitement, mais également à la période post-traitement, période qui coïncide avec la reprise des rôles sociaux qui exigent une pleine participation.

À ce jour, les études portant sur des interventions ayant une composante psychosociale permettant de gérer la fatigue secondaire au traitement du cancer du sein sont rares (voir Tableau 2). Certaines de ces études visent directement la diminution de

la fatigue ou encore l'augmentation du niveau d'énergie [23,47]. D'autres études offrent une intervention ayant un objectif principal autre que celui de diminuer la fatigue, mais mesurent l'efficacité de cette intervention sur la fatigue [33,38,20]. Parmi ces dernières, certaines visent le traitement de l'insomnie [19,25,37,40]. Parmi les interventions évaluées auprès de survivantes du cancer du sein à la période post-traitement, certaines combinent des composantes psychosociales avec des composantes faisant appel à l'activité physique ou encore avec du yoga [23,33,38].

---

Insérer Tableau 2

---

L'étude de Fillion et ses collaborateurs [23] est l'une des rares études à avoir évalué une intervention ayant comme objectif principal la gestion de la fatigue comprenant une composante psychosociale chez les survivantes du cancer du sein une fois le traitement terminé. À la lumière du modèle multidimensionnel utilisé par les auteurs, l'intervention s'attardait aux composantes comportementale, physique, émotionnelle, cognitive et sociale [24]. Ainsi, cette intervention couvrait toutes les dimensions de la fatigue en plus d'y ajouter la dimension sociale. Il s'agit d'une intervention psycho-éducative de quatre semaines comprenant à la fois la gestion du stress et l'activité physique [23]. Cette intervention qui se déroulait en groupe, menée par deux infirmières, impliquait de l'enseignement sur la fatigue, le sommeil, la gestion du temps, les stressseurs et l'importance du réseau social [24]. Des stratégies comportementales étaient enseignées et les participantes étaient appelées à faire des auto-enregistrements sur différentes variables (fatigue, sommeil et activité physique).

L'intervention incluait également un entraînement à la relaxation (par imagerie et relaxation musculaire progressive). L'enseignement concernant les distorsions cognitives et l'entraînement à la restructuration cognitive visant les distorsions cognitives associées à la fatigue faisait également partie de l'intervention. En plus de l'intervention psycho-éducative, les participantes rencontraient, à quatre reprises, un kinésologue qui supervisait leur programme d'entraînement à la marche [24].

Les 87 participantes de cette étude [23] étaient des survivantes du cancer du sein assignées au hasard dans l'un ou l'autre des deux groupes : groupe expérimental ( $n = 44$ ) et groupe contrôle ( $n = 43$ ). Le niveau de fatigue et d'énergie, la qualité de vie (physique et mentale), la forme physique et la détresse émotionnelle étaient les variables mesurées par les chercheurs. Les résultats ont montré une amélioration significative de la fatigue et du niveau d'énergie chez les participantes ayant reçu l'intervention comparativement aux participantes du groupe contrôle. Les données suggèrent toutefois que cette amélioration n'atteignait pas le niveau de signification immédiatement après l'intervention, l'effet du traitement devenait significatif uniquement au suivi de trois mois post-intervention.

Cette intervention développée et évaluée par l'équipe de Fillion [23,24] est particulièrement intéressante, car elle s'attarde à toutes les composantes de la fatigue. Elle est une des rares études à offrir un volet psycho-éducatif visant directement la diminution de la fatigue auprès des survivantes du cancer du sein. Toutefois, n'ayant pas de groupe contrôle recevant uniquement soit l'intervention psychosociale soit

l'intervention en activité physique, il est impossible de conclure sur l'efficacité spécifique de la composante psycho-éducative de l'intervention.

L'étude de Stanton et ses collaborateurs [47] visait quant à elle à favoriser la transition des survivantes du cancer du sein à la période post-traitement et mesurait l'énergie/la fatigue et la détresse associée au cancer à titre de variables principales. Les chercheurs s'attardaient également aux symptômes dépressifs et au phénomène de croissance post-traumatique. Les 551 participantes de cette étude étaient des survivantes du cancer du sein recrutées six semaines après la fin du traitement médical. Elles ont été assignées aléatoirement à l'un des trois groupes à l'étude. Le premier groupe (CTL) recevait le matériel écrit du *National Cancer Institute* : manuel de 43 pages comprenant des renseignements généraux pour les survivants du cancer qui met l'emphasis sur les soins de santé, les enjeux financiers et la gestion des émotions. Le deuxième groupe (VID) recevait le matériel écrit ainsi qu'une vidéocassette d'une durée de 23 minutes présentant des survivantes du cancer du sein, des membres d'un groupe de soutien ainsi qu'une oncologue spécialisée dans le traitement du cancer du sein. Le visionnement de la vidéocassette permettait aux femmes d'avoir accès aux témoignages de survivantes concernant les défis associés à la période de post-traitement ainsi que leurs stratégies d'adaptation utilisées pour relever les défis rencontrés dans quatre sphères principales de leur vie ; la santé physique, les relations interpersonnelles, le bien-être émotionnel et les perspectives de vie. Le troisième groupe (EDU) recevait le matériel écrit et la vidéocassette, en plus de participer à deux rencontres (une en personne et une au téléphone) avec un psychologue ou un travailleur social afin d'élaborer et de revoir leur

plan d'action en lien avec leurs préoccupations à cette importante période de transition. De plus, ces femmes recevaient un manuel écrit de 60 pages couvrant des thèmes reliés aux quatre sphères de vie en lien avec la vidéocassette ainsi qu'une liste des ressources disponibles pour leur offrir du soutien. Le manuel comprenait, entre autres, des informations et des suggestions pour gérer la fatigue dans la section portant sur la santé physique.

Les variables à l'étude étaient évaluées 6 mois ( $n = 418$ ) et 12 mois ( $n = 399$ ) après la fin de l'intervention offerte [47]. Les auteurs utilisaient une échelle de vitalité qui correspondait, selon eux, à la fois à une diminution de la fatigue et à une augmentation de l'énergie. Les résultats obtenus ont montré une amélioration significativement plus grande de la vitalité chez le groupe VID comparativement au groupe CTL après six mois. Les différences étaient non significatives entre les groupes VID et EDU et entre les groupes EDU et CTL. Malgré que le groupe VID continuait à montrer la meilleure amélioration à 12 mois, les différences entre les groupes étaient non significatives. Les auteurs concluent que l'exposition à une vidéocassette permettant un modelage par les pairs aiderait à améliorer la vitalité, et ce, principalement chez les femmes qui se sentaient moins préparées à faire face à la période post-traitement [47].

Parmi les études ne visant pas directement la diminution de la fatigue, mais qui mesuraient les effets de leur intervention sur cette variable, une étude pilote, menée auprès de 19 survivantes du cancer du sein offrait une intervention combinée d'exercice physique et de relaxation à la période post-traitement [38]. Les résultats montraient une diminution significative de la fatigue chez les survivantes après l'intervention de 12

semaines et également lors du suivi trois mois plus tard, et ce, comparativement à la mesure de leur niveau de fatigue avant le traitement. Cette étude offrirait donc des données préliminaires suggérant l'efficacité d'une combinaison de relaxation et d'exercice physique chez les survivantes du cancer du sein.

Une autre étude récente [33] auprès de 84 survivantes a, de son côté, testé un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience en période post-traitement. Ce programme combinait des exercices de yoga et de méditation auprès de femmes ayant terminé leur traitement pour le cancer du sein au cours des 18 derniers mois. Les séances de deux heures étaient animées par un psychologue, une fois par semaine durant six semaines. Les femmes qui participaient étaient réunies en groupes de quatre à huit participantes et recevaient du matériel d'entraînement et des audiocassettes pour les guider dans les exercices à faire à la maison. À l'issue de l'intervention, les auteurs ne mesuraient pas la fatigue à proprement parler, mais plutôt le niveau d'énergie. Celui-ci était significativement plus élevé chez les survivantes ayant reçu l'intervention ( $n = 41$ ) comparativement aux survivantes sur la liste d'attente ( $n = 43$ ). Également, le fait de bien s'impliquer dans le traitement était associé à un plus haut niveau d'énergie.

Dolbeault et al. [20] ont évalué une intervention psycho-éducative de groupe, basée sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale, auprès de 203 femmes ayant terminé leurs traitements initiaux pour un cancer du sein. Cette intervention, qui n'inclut aucune composante d'exercice physique ou de yoga, avait pour objectifs de diminuer l'anxiété et d'améliorer les stratégies d'adaptation et la qualité de vie chez les femmes du groupe expérimental ( $n = 102$ ). Les femmes du groupe contrôle ( $n = 101$ )



étaient placées sur une liste d'attente et ne recevaient donc aucune intervention. Dans cette étude, la fatigue était mesurée à titre de variable secondaire.

L'intervention proposée par Dolbeault et ses collaborateurs [20] s'échelonnait sur huit semaines à raison d'une séance de deux heures par semaine. Les groupes étaient composés de huit à 12 participantes et étaient animés par deux thérapeutes (psychologue ou psychiatre). En cours d'intervention, les patientes pratiquaient la relaxation, la résolution de problème et la restructuration cognitive. Elles devaient également faire l'auto-enregistrement de leurs pensées et apprendre à mieux communiquer avec les professionnels de la santé par l'intermédiaire de jeux de rôle. L'intervention comprenait également de l'information médicale et permettait des échanges entre les membres du groupe sur plusieurs thèmes définis, par exemple : la gestion de l'incertitude, les causes et les significations du cancer et l'impact des traitements sur l'image corporelle. Les résultats montrent une diminution de la fatigue chez le groupe expérimental comparativement au groupe contrôle et ce, sur les deux instruments d'évaluation de la fatigue utilisés par les chercheurs (POMS, EORTC; [20]). Bien qu'elle ne cible pas directement la fatigue, cette étude offre une information précieuse en évaluant une intervention psycho-éducative qui n'est pas combinée avec de l'exercice physique. Les résultats de cette étude suggèrent la pertinence d'évaluer une intervention ayant uniquement une composante psychosociale qui viserait directement la gestion de la fatigue.

Les études présentées dans les prochaines sections ont évalué la fatigue à la suite d'une intervention psychosociale qui vise à diminuer l'insomnie. Comme il en a été fait

mention précédemment, un fort pourcentage de survivantes souffrent de difficultés de sommeil (51 %) ou d'insomnie (19 %) [39]. Malgré que les problèmes de sommeil étaient déjà présents chez plusieurs femmes avant le diagnostic, 58 % des survivantes du cancer du sein ayant des symptômes d'insomnie considèrent que le cancer a causé ou aggravé leur problème de sommeil [39]. Un lien semble présent entre les difficultés de sommeil et la sévérité de la fatigue chez les survivantes [9,44,45]. En ce qui concerne les interventions psychosociales recensées visant à traiter l'insomnie chez les survivantes du cancer du sein qui mesuraient la fatigue après l'intervention, celles-ci étaient toutes de type cognitivo-comportemental [19,25,37,40]. Les résultats obtenus dans la majorité de ces études montrent une diminution significative de la fatigue chez les survivantes du cancer du sein après l'intervention destinée à gérer les problèmes de sommeil. Deux études ont été menées par la même équipe de chercheurs auprès de dix [37] et 57 survivantes [40]. Les deux études offraient une intervention de huit séances hebdomadaires d'environ 90 minutes qui incluaient des composantes cognitive, comportementale et éducative. Ainsi, les deux études combinaient l'utilisation de stratégies de restructuration cognitive, de contrôle par le stimulus, de restriction du sommeil, d'hygiène du sommeil et de gestion de la fatigue et du stress. L'intervention s'offrait en groupe de quatre à six participantes et les résultats obtenus démontraient une diminution significative de la fatigue, mesurée à l'aide de la version française du *Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)*, après l'intervention [37,40].

L'étude de Dirksen et Epstein [19], évaluant l'efficacité d'une intervention cognitivo-comportementale de groupe pour l'insomnie auprès de survivantes du cancer

du sein, a montré elle aussi une diminution significative de la fatigue chez le groupe de 34 femmes ayant reçu l'intervention. Celle-ci comportait le contrôle par le stimulus, la restriction du sommeil ainsi que l'hygiène du sommeil. Les auteurs ont étonnamment constaté une diminution de la fatigue, quoique non significative, dans le groupe contrôle composé de 38 femmes qui recevait uniquement la composante de l'hygiène du sommeil.

Une dernière étude recensée [25] a montré une diminution de la fatigue après un traitement cognitivo-comportemental pour l'insomnie, sans toutefois que cette diminution soit significative. En comparant son étude à celles de Quesnel et al., [37] et de Savard et al., [40], l'auteure explique l'absence de résultats significatifs par plusieurs raisons, dont le petit nombre de participantes, soit 14. Également, l'auteure souligne que l'intervention offerte comprenait des différences dans le contenu, la durée (six rencontres d'approximativement une heure) et le fait que l'intervention était offerte en individuel.

L'ensemble des résultats obtenus concernant le niveau de fatigue après une intervention ayant lieu à la période post-traitement chez les survivantes du cancer du sein semble justifier la pertinence de poursuivre la recherche concernant les études impliquant des interventions multimodales pour gérer la fatigue. Le fait de mettre en place des interventions basées exclusivement sur une composante psychosociale afin de vérifier la contribution unique associée à une telle intervention, sans composante d'activité physique, semble tout aussi essentiel. Également, les données recensées suggèrent la pertinence de mettre en place une intervention de groupe et l'importance

d'y inclure des stratégies de type cognitivo-comportemental pour la gestion du sommeil afin d'aider le mieux possible les survivantes à gérer leur fatigue en période post-traitement.

## **Discussion**

**Synthèse.** La présente revue de littérature confirme l'importance de s'intéresser à la fatigue post-traitement après un traitement contre le cancer du sein. En effet, considérant sa prévalence importante, se situant entre 20 % et 40 %, ainsi que la somme de ses implications dans la vie des femmes, le développement d'une intervention efficace répondrait à un besoin essentiel de ces femmes survivantes. Par ailleurs, certaines études sur le sujet [8,9,30,49,50] portent à croire que cette fatigue semble plus présente chez les femmes ayant reçu de la chimiothérapie ou encore un nombre élevé de modalités de traitement. Ces femmes seraient donc possiblement plus susceptibles de bénéficier d'une intervention pour contrer la fatigue post-traitement après un traitement contre le cancer du sein.

D'une part, la fatigue secondaire au traitement est associée à des facteurs physiques. En effet, elle est, entre autres, associée à un faible niveau d'activité physique, à des difficultés de sommeil et à la présence de douleur. La fatigue post-traitement est également reliée à des facteurs psychologiques, dont des symptômes dépressifs et anxieux, la catastrophisation concernant la fatigue et l'utilisation de stratégies d'adaptation passives. Certains de ces facteurs, reliés à la fatigue, sont intégrés dans le modèle suggéré par Gélinas, Fillion et leur équipe [24,26] et présentés parmi les critères de la fatigue associée au cancer proposés pour l'ICD-10 [14]. Cette fatigue a

également des conséquences importantes pour le fonctionnement quotidien, domestique et professionnel des femmes et nuit à la reprise de leurs rôles sociaux à la suite des traitements contre la maladie.

Les interventions pour gérer la fatigue chez les femmes atteintes du cancer du sein sont plus nombreuses durant le traitement qu'à la période post-traitement. Comme il a été possible de le constater, les études ayant une composante psychosociale qui s'attardent directement au traitement de la fatigue présente à la période post-traitement sont très rares. Certaines études s'intéressent plutôt au traitement d'un autre symptôme, comme l'insomnie, tout en mesurant l'effet de leur intervention sur la fatigue.

**Recommandations pour les interventions futures.** La fatigue est une problématique impliquant plusieurs dimensions : physique, cognitive, émotionnelle et comportementale. Les interventions psychosociales visant le traitement de la fatigue sont parfois combinées à une intervention à composante physique. Étant donné que les études sont peu nombreuses en post-traitement, il demeure pertinent de tester des interventions qui combinent à la fois l'activité physique et les interventions psychosociales. Toutefois, il serait également primordial de tester la contribution unique des interventions psychosociales s'attardant habituellement aux dimensions cognitive, comportementale et émotionnelle afin d'en apprendre davantage sur leur efficacité spécifique pour diminuer la fatigue.

Les interventions psychosociales qui ont été évaluées dans la majorité des études recensées étaient principalement des interventions cognitivo-comportementales. Comme le soulignaient Andrykowski et ses collaborateurs [4], étant donné que les facteurs

cognitifs et comportementaux contribuent au développement de la fatigue associée au cancer, les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales devraient s'avérer efficaces dans la gestion de cette fatigue. À la lumière des connaissances actuelles, il semble indiqué de poursuivre l'étude d'interventions psychosociales de type cognitivo-comportementale. Ainsi, il pourrait être pertinent d'évaluer l'efficacité distincte de certains éléments de ces interventions afin de mieux cibler les ingrédients actifs qui agissent sur la fatigue. La relaxation est un bon exemple d'élément d'intervention pour lequel il serait souhaitable de connaître l'efficacité propre sur la gestion de la fatigue. En effet, celle-ci est utilisée dans les études testant une approche cognitivo-comportementale [20,23]. Il serait intéressant de comparer les résultats obtenus avec ceux d'études évaluant l'efficacité de méthodes nouvelles comme celles faisant appel à la pleine conscience (« mindfulness » ; p. ex., [33]).

***Les composantes à y inclure.*** Une des premières composantes d'importance à inclure dans l'intervention offerte serait la normalisation de la présence de la fatigue en période post-traitement. Les observations cliniques de même que les données de Cappiello et ses collègues [12] suggèrent que les femmes ne s'attendent généralement pas à vivre avec une fatigue aussi intense et prolongée une fois le traitement médical terminé et elles ont conséquemment besoin d'information sur le sujet. Cette portion de l'intervention permettrait à la fois de transmettre de l'information juste concernant la fatigue et de diminuer le risque que les femmes développent et entretiennent des cognitions catastrophiques associées à la présence de cette fatigue malgré que leur traitement médical soit terminé. Cette information jouerait un rôle préventif étant donné

que le fait d'entretenir des pensées catastrophiques à propos de la fatigue augmente le risque de développer la fatigue associée au cancer [4] et augmente également l'intensité de cette fatigue [10].

Par la suite, l'intervention devrait s'attarder directement à la gestion de la fatigue. À la lumière de l'intervention de Fillion et ses collègues [23,24] la gestion de la fatigue devrait aborder ses dimensions cognitives et comportementales. Les symptômes anxieux et dépressifs étant également corrélés à la fatigue, il semble primordial d'offrir de la psychoéducation permettant non seulement de gérer la fatigue en elle-même, mais également de gérer les émotions vécues durant cette période de réadaptation post-traitement. Les femmes participant au traitement devraient être mieux outillées pour gérer l'anxiété (par exemple, la crainte de la récurrence) et les symptômes dépressifs, étant donné que ces éléments sont intimement liés à la présence de la fatigue. L'étude de Dolbeault et ses collègues [20] qui visait à faire diminuer l'anxiété et qui a, par la même occasion, fait diminuer la fatigue confirme la pertinence d'inclure la gestion des émotions dans les interventions.

En outre, l'intervention offerte devrait permettre d'augmenter l'utilisation de stratégies d'adaptation actives plutôt que passives. Selon Gélinas et Fillion [26] la fatigue était associée à des stratégies d'adaptation passives, comme par exemple faire des siestes prolongées. Ainsi, l'activation comportementale utilisée avec succès dans le traitement de la dépression pourrait certainement être utilisée ici afin que les femmes demeurent actives malgré leur fatigue [1,7,18]. Il est important de souligner que ce type d'activation ne nécessite pas nécessairement un effort physique, mais bien des

actions quotidiennes dirigées vers des objectifs individualisés et qui ont un effet renforçant [1,34].

Par ailleurs, étant donné que la majorité des interventions visant la gestion de l'insomnie diminuait significativement la fatigue chez les survivantes [19,37,40], il semblerait important d'inclure des stratégies dirigées vers la gestion de l'insomnie dans les interventions pour gérer la fatigue en post-traitement. Toutefois, deux des études présentées visant le traitement de l'insomnie [37,40] arrivaient à faire diminuer la fatigue en incluant non seulement des éléments propres à la gestion du sommeil, mais également à la gestion de la fatigue et du stress. Ainsi, les éléments de l'intervention favorisant la diminution de la fatigue n'étaient possiblement pas uniquement liés aux éléments de gestion du sommeil. Il serait donc pertinent de sélectionner parmi ces ingrédients (l'hygiène du sommeil, le contrôle par le stimulus, la restriction du sommeil et la restructuration cognitive) les plus efficaces pour la gestion de la fatigue. Il pourrait, par exemple, être intéressant d'évaluer si la composante de l'hygiène du sommeil, ajoutée aux autres composantes du traitement de la fatigue, serait suffisante pour contribuer à diminuer de manière significative la fatigue. En effet, dans l'étude de Dirksen et Epstein [19], contrairement à ce qui était attendu, la fatigue diminuait, quoique de façon non significative, dans le groupe contrôle qui recevait uniquement l'hygiène du sommeil.

***Les modalités d'intervention.*** L'intervention de groupe semble la modalité de prédilection afin d'offrir une intervention psychologique. Dans leur recension portant sur la gestion de la fatigue auprès des patients atteints de cancer, Jacobsen et ses collègues



[31], ont constaté que, relativement au groupe contrôle, 60 % des interventions psychologiques offertes en groupe obtenait des résultats significatifs comparativement à 36 % des interventions individuelles. Comparativement aux interventions individuelles, celles offertes en groupe permettent d'offrir un service à de nombreuses patientes dans un court délai ce qui permet d'obtenir un bon ratio coût-efficacité dans le système de santé. Également, les interventions de groupe permettent d'offrir un lieu de socialisation et d'appartenance aux participantes qui risquent de voir leur solitude augmentée vu le retour souvent difficile à leurs précédents rôles sociaux et professionnels. De surcroît, le contexte de groupe contribue à la normalisation de la fatigue.

Aussi, les résultats de certaines études (p. ex., [47]) laissent supposer qu'on n'a pas nécessairement besoin d'une intervention massive pour arriver à des effets sur la diminution de la fatigue. En effet, des interventions minimales et de courte durée pourraient être mises en place et être offertes à un grand nombre d'individus dans un mode de prévention. À cet effet, l'étude de Stanton et ses collaborateurs [47] montrait l'efficacité du modelage par les pairs dans le cadre d'une vidéo distribuée aux participantes. Afin d'augmenter la faisabilité de l'intervention et l'utilisation des ressources en place, les éléments de psychoéducation concernant la gestion de la fatigue, des émotions et du sommeil gagneraient à être préenregistrés dans des capsules vidéo. De plus, il serait souhaitable que les vidéos préenregistrés présentent des témoignages de pairs ayant eu à gérer leur fatigue à la suite du traitement contre le cancer du sein. Les participantes pourraient alors visionner certaines capsules d'information entre les rencontres de groupe. Ainsi, les rencontres de groupe serviraient à revenir sur le

contenu, à répondre aux questions des participantes, à faciliter la mise en place de stratégies dans leur vie et à permettre aux participantes d'échanger des stratégies dans le cadre du groupe. Également, une fois les vidéos enregistrés, les professionnels de la santé gagneraient en temps car le matériel pourrait être utilisé pour plusieurs groupes.

Par ailleurs, il est nécessaire de se questionner sur la question du moment auquel l'intervention devrait être offerte. Doit-on intervenir le plus rapidement possible après les traitements médicaux ou plutôt laisser une phase de récupération post-traitement ? Dans la mesure où l'intervention serait offerte rapidement, celle-ci aurait l'avantage d'informer les femmes que des mesures peuvent être prises pour les aider à gérer leur fatigue. En effet, 45 % des patients atteints de cancer pensent que rien ne peut être fait pour faciliter la gestion de cette fatigue [16]. De plus, une intervention précoce aurait l'avantage de dédramatiser la présence de la fatigue et de prévenir la chronicisation de stratégies mal adaptées à cette problématique. Il serait également possible d'offrir l'intervention en deux temps. Dans un premier temps, des rencontres d'information sur la fatigue pourraient être offertes aux femmes qui terminent leur traitement. Par la suite, les femmes pour qui la fatigue demeure un problème dérangeant, malgré une phase de récupération post-traitement, pourraient s'inscrire à une intervention de groupe. Également, cette rencontre pourrait être une occasion d'utiliser certains outils de dépistage de la détresse afin de cibler les femmes qui bénéficieraient davantage de l'intervention offerte [11].

Finalement, il semble très important d'inclure dans le plan d'intervention visant la gestion de la fatigue une portion s'adressant non seulement aux survivantes, mais

également aux professionnels de la santé de l'établissement qui conseillent les patients (par exemple, les médecins). Cette mesure viserait à ce que les survivantes ne reçoivent pas de messages contradictoires venant des différents types de professionnels. En effet, il serait important que les professionnels qui rencontrent les survivantes lors de traitements individuels tiennent un discours similaire à celui des professionnels offrant le programme de réduction de la fatigue. Le sondage mené par la Coalition de la fatigue en 2000 [16] a montré que lorsque les survivants demandaient à leur médecin quoi faire pour réduire leur fatigue, 40 % n'avait pas de suggestion et 37 % se faisaient suggérer de prendre du repos ou de faire de la relaxation. Ainsi, si les professionnels du milieu étaient informés de la présence du groupe de traitement offert et de son contenu général, ils pourraient transmettre de l'information pertinente quant à la gestion de la fatigue des survivantes.

**Limites et pistes de recherche.** Quoique cet article ne soit pas une revue systématique de la littérature, il fait l'inventaire des interventions existantes pour le traitement psychosocial de la fatigue post-traitement auprès de la clientèle ayant reçu un traitement pour un cancer du sein. Il suggère également des pistes pour le développement d'interventions futures. Cependant, le présent article n'a pas présenté de manière exhaustive les interventions qui étaient offertes durant le traitement du cancer du sein. Certaines de ces interventions pourraient possiblement être adaptées à la période post-traitement et devenir des pistes de recherche très prometteuses. Également, cet article s'est attardé uniquement au traitement du cancer du sein. Toutefois, il existe certainement des interventions en post-traitement pour contrer la fatigue auprès d'une

population ayant subi un traitement pour d'autres types de cancer ou encore pour certaines maladies chroniques qui pourraient être pertinentes à tester auprès des survivantes du cancer du sein et ainsi augmenter les avenues possibles pour le traitement de cette fatigue.

## **Conclusion**

Le domaine de recherche de la fatigue associée au cancer a grandement évolué durant les dernières années. Toutefois, les interventions en phase post-traitement demeurent peu nombreuses tandis que les besoins des patients à cette étape de la maladie sont très grands. Le présent article a exposé la problématique de la fatigue associée au cancer du sein et a recensé les interventions ayant une composante psychosociale offerte en période post-traitement. À la lumière de cette recension, les principales recommandations sont d'offrir une intervention psychosociale basée sur l'approche cognitivo-comportementale qui inclurait des éléments de gestion de la fatigue, des émotions et du sommeil. Également, cette intervention devrait porter attention à la normalisation de la présence de la fatigue et au développement de stratégies d'adaptation actives plutôt que passives. Une intervention de groupe, de courte durée et minimale devrait être privilégiée. Par exemple, une grande portion des capsules psychoéducatives pourraient être enregistrées à l'avance sur des extraits vidéo accessibles aux participantes entre les rencontres de groupe. De plus, le milieu offrant l'intervention devrait trouver un moyen efficace d'informer les professionnels de la santé de l'établissement de la présence et du contenu de l'intervention pour favoriser la cohérence des messages dans l'information transmise ainsi que l'accessibilité à

l'intervention de groupe. Finalement, afin de poursuivre la mise en place d'interventions permettant aux survivantes des mieux gérer la fatigue qui persiste après les traitements médicaux pour un cancer du sein, il serait primordial d'explorer à la fois le domaine de recherche associé aux interventions offertes durant le traitement et également celui des interventions offertes en post-traitement pour les autres types de cancer ou de maladies chroniques.

## Références

1. Addis ME, Martell CR (2009) Vaincre la dépression une étape à la fois. (JM Boisvert, MC Blais, trad). Les Éditions de l'Homme, Montréal
2. Alexander S, Minton O, Andrews P, *et al.* (2009) A comparison of the characteristics of disease-free breast cancer survivors with or without cancer-related fatigue syndrome. *Eur J Cancer* 45: 384-392
3. Andrykowski MA, Curran SL, Lightner R (1998) Off-treatment fatigue in breast cancer survivors: A controlled comparison. *J Behav Med* 21: 1-18
4. Andrykowski MA, Schmidt JE, Salsman JM, *et al.* (2005) Use of a case definition approach to identify cancer-related fatigue in women undergoing adjuvant therapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 23: 6613-6622
5. Banthia R, Malcarne VL, Roesch SC, *et al.* (2006) Correspondence Between Daily and Weekly Fatigue Reports in Breast Cancer Survivors. *J Behav Med* 29: 269-279
6. Bardwell WA, Ancoli-Israel S (2008) Breast cancer and fatigue. *Sleep Med Clin* 3: 61-71
7. Blais MC, Gagnon P, Couture F (2009, Juin). Behavioural activation therapy can help depressed cancer patients getting their life back following treatments: Preliminary findings. Affiche présentée au 11<sup>th</sup> IPOS World Congress of Psycho-Oncology, Vienne, Autriche.
8. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, *et al.* (2006) Fatigue in long-term breast carcinoma survivors - A longitudinal investigation. *Cancer* 106: 751-758

9. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, *et al* (2000) Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol* 18: 743-753
10. Broeckel JA, Jacobsen PB, Horton J, *et al.* (1998) Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 16: 1689-1696
11. Canadian Partnership Against Cancer Corporation (2009) Guide to implementing screening for distress, the 6<sup>th</sup> vital sign. Moving towards person-centered care. Part A: Background, recommendations, and implementation. [Working copy]. Repéré à [http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2.4.0.1.4.5-Guide\\_CJAG.pdf](http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2.4.0.1.4.5-Guide_CJAG.pdf)
12. Cappiello M, Cunningham RS, Knobf MT, *et al.* (2007) Breast cancer survivors: Information and support after treatment. *Clin Nurs Res* 16: 278-293
13. Cella D, Davis K, Breitbart W, *et al.* (2001) Cancer-related fatigue: Prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *J Clin Oncol* 19: 3385-3391
14. Cella D, Peterman A, Passik S, *et al.* (1998) Progress toward guidelines for the management of fatigue. *Oncology* 12: 369-377
15. Conn VS, Hafdahl AR, Porock DC, *et al.* (2006) A meta-analysis of exercise interventions among people treated for cancer. *Support Care Cancer* 14: 699–712
16. Curt GA, Breitbart W, Cella D, *et al.* (2000) Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients : New findings from the Fatigue Coalition. *The Oncologist* 5: 353-360

17. de Nijs EJM, Ros W, Grijpdonck MH (2008) Nursing intervention for fatigue during the treatment for cancer. *Cancer Nursing* 31: 191-206
18. Dimidjian S, Davis KJ (2009) Newer variations of cognitive-behavioral therapy : Behavioral activation and mindfulness-based cognitive therapy. *Current Psychiatry Reports* 11: 453-458
19. Dirksen SR, Epstein DR (2008) Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *J Adv Nurs* 61: 664-675
20. Dolbeault S, Cayrou S, Bredart A, *et al.* (2009) The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology* 18: 647-656
21. Ellison LF, Wilkins K (2009) La prévalence du cancer dans la population canadienne. Extrait du site de Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009001/article/10800-fra.pdf>
22. Endler NS, Parker JDA, Summerfeldt LJ (1993) Coping with health problems: Conceptual and methodological issues. *Can J Beh Sci* 25: 384-399
23. Fillion L, Gagnon P, Leblond F, *et al.* (2008) A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing* 31: 145-159
24. Fillion L, Leblond F, Gélinas C, *et al.* (2005) Intervention psycho-éducative pour diminuer la fatigue à la suite d'un cancer du sein: fondements, description du contenu et démarche évaluative. *Rev Fr Psycho-Oncologie* 4: 45-52
25. Fiorentino L (2008) Cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: A randomized controlled crossover study. *ProQuest Information &*



Learning, US.

26. Gélinas C, Fillion L (2004) Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. *Oncol Nurs Forum* 31: 269-278
27. Hann DM, Jacobsen P, Martin S, *et al.* (1998) Fatigue and quality of life following radiotherapy for breast cancer: A comparative study. *J Clin Psycho in Medical Settings* 5: 19-33
28. Hansen JA, Feuerstein M, Calvio LC, *et al.* (2008) Breast cancer survivors at work. *J Occup Environ Med* 50: 777-784
29. Herbert TB, Cohen S (1996) Measurement issues in research on psychosocial stress. In: Kaplan HB (ed), *Psychosocial stress: Perspectives on structure, theory, life-course, and methods*. Academic Press, San Diego, pp 295-332
30. Jacobsen PB, Donovan KA (2005) Cancer and fatigue: Insights from studies of women treated for breast cancer. In: DeLuca J (ed), *Fatigue as a window to the brain*. The MIT Press, Cambridge, pp 265-280
31. Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, *et al.* (2007) Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychology* 26: 660-667
32. Kim SH, Son BH, Hwang SY, *et al.* (2008) Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: Prevalence, correlates, and association with quality of life. *J Pain Symptom Manage* 35: 644-655
33. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, *et al.* (2009) Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of

breast cancer. *Psycho-Oncology* 18: 1261-1272

34. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS (2001) *Depression in context: Strategies for guided action*. Norton, New York
35. Meeske K, Smith AW, Alfano CM, *et al.* (2007) Fatigue in breast cancer survivors two to five years post diagnosis: a HEAL Study report. *Qual Life Res* 16: 947-960
36. Minton O, Stone P (2008) How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 112: 5-13
37. Quesnel C, Savard J, Simard S, *et al.* (2003) Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *J Consult Clin Psycho* 71: 189-200
38. Rabin C, Pinto B, Dunsiger S, *et al.* (2009) Exercise and relaxation intervention for breast cancer survivors: Feasibility, acceptability and effects. *Psycho-Oncology* 18: 258-266
39. Savard J, Simard S, Blanchet J, *et al.* (2001) Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep* 24: 583-590
40. Savard J, Simard S, Ivers H, *et al.* (2005) Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, Part I: Sleep and psychological effects. *J Clin Oncol* 23: 6083-6096

41. Schmitz KH, Holtzman J, Courneya KS, *et al.* (2005) Controlled physical activity trials in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 14: 1588-1595
42. Schneider CM, Hsieh CC, Sprod LK, *et al.* (2007) Effects of supervised exercise training on cardiopulmonary function and fatigue in breast cancer survivors during and after treatment. *Cancer* 110: 918–925
43. Servaes P, Gielissen MFM, Verhagen S, *et al.* (2007) The course of severe fatigue in disease-free breast cancer patients: A longitudinal study. *Psycho-Oncology* 16: 787-795
44. Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G (2002) Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. *Ann Oncol* 13: 589-598
45. Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G (2002) Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *Eur J Cancer* 38: 27-43
46. Société canadienne du cancer (2009) Statistiques canadiennes sur le cancer 2009. Sujet particulier : Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes. Repéré à [http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canadawide/FilesList/listedefichiers/pdf/stat\\_s2009F0CdnCancer.ashx](http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canadawide/FilesList/listedefichiers/pdf/stat_s2009F0CdnCancer.ashx)
47. Stanton AL, Ganz PA, Kwan L, *et al.* (2005) Outcomes from the moving beyond cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *J Clin Oncol* 23: 6009-6018
48. Stricker CT, Drake D, Hoyer KA, *et al.* (2004) Evidence-based practice for fatigue

management in adults with cancer: Exercise as an intervention. *Oncol Nurs Forum* 31: 963-974

49. Winters-Stone KM, Bennett JA, Nail L, *et al.* (2008) Strength, physical activity, and age predict fatigue in older breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 35: 815-821
50. Young KE, White CA (2006) The prevalence and moderators of fatigue in people who have been successfully treated for cancer. *J Psychosom Res* 60: 29-38

Tableau 1

*Critères de la fatigue associée au cancer proposés pour l'ICD-10*

---

A. Six (ou plus) des symptômes suivants ont été présents tous les jours ou presque tous les jours durant une période de deux semaines au cours du dernier mois, et au moins un de ces symptômes est (1) une fatigue significative.

1. Fatigue significative, diminution d'énergie, ou augmentation du besoin de repos, disproportionnée à tout récent changement dans le niveau d'activité;
2. Plainte de faiblesse généralisée ou de lourdeur des membres;
3. Diminution de la concentration ou de l'attention;
4. Diminution de la motivation ou de l'intérêt à s'engager dans les activités habituelles;
5. Insomnie ou hypersomnie;
6. Sommeil non-réparateur;
7. Besoin de combattre l'inactivité;
8. Réactivité émotionnelle marquée liée à la fatigue (p. ex., tristesse, frustration, ou irritabilité);
9. Difficulté à compléter les tâches quotidiennes à cause de la fatigue;
10. Problèmes perçus de mémoire à court terme;
11. Malaise présent durant plusieurs heures à la suite d'un exercice physique;

B. Les symptômes causent de la détresse cliniquement significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres sphères de vie importantes.

C. L'histoire, les examens physiques, ou les résultats de laboratoire démontrent que les symptômes sont une conséquence du cancer ou du traitement du cancer.

D. Les symptômes ne sont pas une conséquence d'un désordre psychiatrique co-morbide comme une dépression majeure, un trouble de somatisation, un trouble somatoforme ou un délirium.

---

Traduction libre de *Proposed ICD-10 Criteria for Cancer-Related Fatigue (1998 Draft)* (Cella, Peterman, Passik, Jacobsen, & Breitbart, 1998).

Tableau 2

*Principaux résultats des études mesurant la fatigue après une intervention à composante psychosociale en post-traitement au cancer du sein*

Auteurs (Année)	Nombre de participants	Devis expérimental	Résultats concernant la fatigue (ou l'énergie / vigueur)
Fillion, et al. (2008)	87 survivantes gr.exp. (n = 44) gr. cont. (n = 43)	Essai clinique randomisé Mesure : - niveau de base - post-intervention - suivi 3 mois	- ↓ sig. de la fatigue et ↑ sig. de l'énergie chez gr. exp. comparativement au gr. cont. au suivi de 3 mois
Stanton, et al. (2005)	551 survivantes EDU = 177 VID = 187 CTL = 187	Essai clinique randomisé Mesure : - niveau de base - 6 mois (n=418) - 12 mois (n=399)	- ↑ sig. de la vitalité chez le groupe VID comparativement au groupe CTL après six mois
Rabin, et al. (2009)	19 survivantes gr. exp. (n = 19)	Groupe unique Mesure : - niveau de base - post-intervention - suivi 3 mois	- ↓ sig. de la fatigue chez les survivantes après l'intervention de 12 semaines et également lors du suivi trois mois plus tard
Lengacher, et al. (2009)	84 survivantes gr. exp. (n = 41) gr. cont. (n = 43)	Essai clinique randomisé Mesure : - niveau de base - post-intervention	- ↑ sig. du niveau d'énergie chez les survivantes du gr. exp. comparativement aux survivantes du gr. cont.
Dolbeault, et al. (2009)	203 survivantes gr. exp. (n = 102) gr. cont. (n = 101)	Essai clinique randomisé Mesure : - niveau de base - post-intervention - suivi 1 mois	- ↓ de la fatigue chez le gr. exp. comparativement au gr. cont.

Tableau 2 (suite)

Auteurs (Année)	Nombre de participants	Devis expérimental	Résultats concernant la fatigue (ou l'énergie / vigueur)
Quesnel, et al. (2003)	10 survivantes gr. exp. (n = 10)	Groupe unique Mesure : - niveau de base - post-intervention - suivi 6 mois	- ↓ sig. de la fatigue physique après l'intervention
Savard, et al. (2005)	57 survivantes gr. exp. (n = 27) gr. cont. (n = 30)	Essai clinique randomisé Mesure : - niveau de base - post-intervention - suivi 3, 6 et 12 mois	- ↓ sig. de la fatigue après l'intervention
Dirksen & Epstein (2008)	72 survivantes gr. exp. (n = 34) gr. cont. (n = 38)	Essai clinique randomisé Mesure : - niveau de base - post-intervention	- ↓ sig. de la fatigue chez le gr. exp. - ↓ non sig. de la fatigue dans le gr. cont.
Fiorentino (2008)	14 survivantes gr. exp. en deux temps (n = 6 et n = 8)	Traitements multiples croisés Mesure : - niveau de base - 6 semaines - 12 semaines	- ↓ non sig. de la fatigue après l'intervention

gr. exp. = groupe expérimental (ayant reçu l'intervention). gr. cont. = groupe contrôle.  
EDU = groupe psychoéducation. VID = groupe vidéocassette. CTL = groupe contrôle  
(voir texte plus haut pour une description détaillée des groupes).  
sig. = significative.

## **Appendice A**

Recommandations aux auteurs, Revue Psycho-Oncologie



# Psycho-Oncologie

*Psycho-Oncologie*, revue pluridisciplinaire francophone, est l'organe officiel de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO).

## Recommandations aux auteurs

*Psycho-Oncologie publie des articles de méthodologie, des articles de recherche clinique, des méta-analyses, des revues de la littérature ou des cas et observations cliniques, des comptes rendus, des notes de lecture, dans les domaines de la médecine, la psychologie et autres sciences humaines (sociologie, anthropologie, économie) traitant des patients atteints de cancer et de leur famille ou soignants. Les sommaires et thèmes de chaque numéro sont déterminés par le comité de rédaction qui se réunit régulièrement et regroupe différents professionnels en psycho-oncologie de langue française. Les auteurs s'engagent à soumettre un article original, apportant un savoir, une pratique, des réflexions utiles à la discipline transversale de la psycho-oncologie. Quelle que soit leur appartenance scientifique, les auteurs s'engagent à respecter l'éthique et la déontologie médicale et psychologique, de même que le comité de rédaction et le comité scientifique s'engagent à la lecture critique de leurs articles avant acceptation. Cette lecture (de deux, voire trois experts) à l'aveugle ne sera effectuée que si les manuscrits suivent les consignes suivantes :*

### 1 - Le manuscrit

Les articles sont rédigés en français.

Ils sont envoyés sur support informatique PC ou Macintosh, ou dès que cela est possible par e-mail, (enregistrés sous Word) accompagnés d'un tirage papier en 3 exemplaires à :

Rédacteur en chef de *Psycho-Oncologie*  
Société Française de Psycho-Oncologie  
Mme Bacqué  
15, rue du Reichenberg  
F-67370 Truchtersheim, France  
e-mail : mfbacque@club-internet.fr

Les articles sont dactylographiés au format 21 x 29,7, en police Times ou équivalente, en double interligne (soit env. 1 600 caractères, espaces inclus, par page).

Sur une **page de garde**, les auteurs écrivent leurs noms, prénoms, qualité, institution et adresse, ainsi que les références (e-mail entre autres) où ils peuvent être joints.

La **première page** comporte le titre de l'article, en français et en anglais et un titre court de l'article en français (50 signes maximum).

La **deuxième page** comprend un résumé (500 caractères au maximum) et des mots clés (5 au maximum) en français et en anglais. Les articles originaux devront être accompagnés d'un abstract structuré (Objectif, Matériel et Méthodes, Résultats,

Conclusion / Aims, Procedure, Results, Conclusion). L'auteur se charge de traduire le résumé et les mots clés en anglais. Merci de ne pas utiliser les traducteurs automatiques disponibles sur internet pour les éléments en anglais (title, abstract et keywords).

**Les articles ne devront pas dépasser :**

– **pour les revues de la littérature et les méta-analyses**, 15 pages dactylographiées (24 000 caractères espaces inclus) ;

– **pour les articles de méthodologie et de recherche clinique**, 10 pages dactylographiées (16 000 caractères espaces inclus) ;

– **pour les cas cliniques**, 5 pages dactylographiées (8 000 caractères espaces inclus) ;

– **pour les éditoriaux et les comptes rendus**, 2 pages (3 200 caractères espaces inclus).

– **Les notes de lectures** ne devront pas excéder 40 lignes dactylographiées.

Le **titre** est aussi bref et compréhensible que possible.

Le texte peut suivre le mode de rédaction habituelle : introduction, revue de la littérature, méthodes et population, résultats, discussion, conclusion. Mais il peut être également simplement articulé en chapitres, subdivisés en paragraphes par des sous-titres.

Les **schémas et dessins** figurent sur des pages à part, avec titres et légendes. Les numérotations sont en chiffres arabes pour les tableaux et les figures.

### 2 - Les références bibliographiques

L'ensemble, rédigé sur des feuilles séparées, comprend uniquement les références citées dans l'article. L'article ne comporte pas plus de 30 références, excepté pour les revues de la littérature (50 références au maximum). Les références sont rangées suivant l'ordre alphabétique des noms des auteurs et numérotées. L'appel bibliographique se fait directement dans le texte, par le numéro de la référence entre crochets. Les normes internationales sont utilisées de la façon suivante :

**Pour un ouvrage :**

Nom de l'auteur en minuscules suivi d'un espace et de l'initiale du prénom (Dupont J.). Si la référence compte **2 à 4 auteurs**, une virgule séparera l'initiale du prénom du premier, du nom du second.

S'il y a **plus de 4 auteurs**, seuls les noms et initiales des 3 premiers auteurs seront indiqués et suivis alors de « *et al.* ».

Année de publication entre parenthèses.

Titre complet suivi par un point. Dans le cas d'un chapitre ou partie extrait(e) d'un ouvrage, indiquer à la suite du titre « In : » suivi de(s) nom(s) et initiale(s) du ou des auteurs principaux (suivi d'une virgule) et du titre de l'ouvrage suivi par un point. Éditeur (suivi d'une virgule), lieu de parution (suivi d'une virgule), et numéros des pages citées séparés par un tiret.

*Exemple* : Dupont J, Bertrand M, Durand Y, *et al.* (2001) Les groupes en psycho-oncologie. In: Lopez F, Martin L (eds), La Psycho-oncologie. PUC, Paris, pp 25-30

#### Pour un article :

Comme précédemment pour les noms et prénoms.

Année de publication.

Titre complet de l'article. Titre de la revue (abrégée si possible, suivant la nomenclature internationale de l'*Index Medicus*). Volume suivi de deux points, sans espace avant les deux points, suivis des numéros des pages concernées séparés par un tiret.

*Exemple* : Durand D, Martin L, Bertrand D, *et al.* (2000) Cancer et guérison. Rev Fr Psycho-Oncologie 1: 52-93

Dans le corps du manuscrit peuvent apparaître des titres d'ouvrage ou d'article.

Aucune autre typographie ne sera utilisée (ni gras, ni italiques).

### 3 - Publication

Après expertise, le texte est accepté avec ou sans corrections. Il peut également être refusé avec argumentation. Une fiche d'expertise systématique sera transmise à l'auteur principal avec les demandes de modifications. Lorsque le manuscrit est accepté, il ne peut plus être publié dans une autre revue, sauf accord du comité de rédaction et de l'éditeur. Le texte à modifier doit être retourné au rédacteur en chef dans

les quinze jours. Des épreuves pourront être retournées aux auteurs pour relecture.

### 4 - Conflit d'intérêt et principes éthiques

La rédaction de *Psycho-Oncologie* a pour principe d'assurer l'indépendance, l'objectivité et la rigueur scientifique de la revue. À cette fin, les auteurs sont tenus d'informer les lecteurs de tout conflit d'intérêt potentiel ou réel qui pourrait avoir une relation directe avec le thème de leur article, comme le financement ou l'appartenance à une ou des institutions. Aussi une déclaration de conflit d'intérêt doit-elle être publiée dans chaque article de la revue. Si leur article cite ou rapporte les résultats d'études sur des sujets humains, les auteurs devront préciser si les procédures suivies au cours de ces recherches sont conformes : aux dispositions éthiques, légales et réglementaires applicables à la recherche sur des sujets humains dans leur propre pays ainsi qu'aux règles internationales applicables définies par la déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale. Toutefois, si un doute persiste, bien que la recherche soit conforme à la déclaration d'Helsinki, les auteurs devront justifier leur approche et démontrer que les aspects litigieux de leur recherche ont été approuvés par le comité d'éthique indépendant ayant mis en place le protocole expérimental. Si leur article rapporte des expérimentations sur des animaux, les auteurs devront préciser si ces recherches respectent la réglementation nationale relative à l'utilisation des animaux de laboratoire.

### 5 - Le consentement éclairé du patient

Les patients ont le droit au respect de la vie privée. Celui-ci ne peut être enfreint qu'avec le consentement éclairé du patient. Les données personnelles, y compris les noms des patients, les initiales, ou ses références, ne devront pas être reproduites dans des textes ou photographies, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le patient (ou parent ou tuteur) donne son consentement éclairé écrit pour la publication. Le consentement éclairé à cette fin exige que le patient identifiable puisse voir le manuscrit à publier. Les auteurs doivent indiquer les personnes ayant aidé à la rédaction de ce texte ainsi que les sources de financement pour cette aide.

Des détails pouvant conduire à l'identification des patients devront être omis, s'ils ne sont pas essentiels. Cependant, il est difficile de réaliser un anonymat complet, et le consentement éclairé devra alors être obtenu si le moindre doute persiste. Masquer les yeux sur des photographies des patients, par exemple, ne suffit pas pour maintenir l'anonymat. Si des données scientifiques sont modifiées afin de protéger l'anonymat du patient, comme des séquences génétiques, les auteurs devront pouvoir attester que les changements ne modifient pas la signification scientifique et les rédacteurs devront en prendre note.

#### Résumé des recommandations

- Merci de respecter la longueur du texte selon la rubrique
- Titre, résumé et mots clés en français et en anglais
- Affiliation de chacun des auteurs
- Références dans la bibliographie par ordre alphabétique selon normes de la revue
- Références citées dans le texte par le numéro de la référence
- Remplir la déclaration de conflit d'intérêt et de principes éthiques téléchargeable sur le site [www.springer.com/11839](http://www.springer.com/11839)